

**Antrag auf Abschlagszahlung  
für eine zu erwartende Beihilfe**

**Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung  
Beihilfestelle Aurich  
Postfach 1570  
26585 Aurich**

Personalnummer	Geburtsdatum
----------------	--------------

**Bedienstete/r / Versorgungsempfänger/in**

Name	Vorname
------	---------

**Wichtiger Hinweis:**

Wenn Sie einen Abschlag für eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme wünschen, fügen Sie bitte den für den Behandlungszeitraum maßgebenden Pflegekostentarif bei. Sie erhalten diese Unterlagen beim Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung.

<b>1.</b>	<b>Person, für die der Abschlag gezahlt werden soll</b>
Name, Vorname, Geburtsdatum	

<b>2.</b>	<b>Ergänzende Angaben</b>
-----------	---------------------------

**a) Der Abschlag wird für eine Krankenhausbehandlung, Anschlussrehabilitation oder eine sonstige stationäre Rehabilitationsmaßnahme benötigt**

Name und Anschrift des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung		
Tag der Aufnahme	Voraussichtliche Verweil-/Behandlungsdauer	Zu leistende Vorauszahlung - EUR –
Basis-/Abteilungspflegesatz - EUR –	Fallpauschale/Sonderentgelt - EUR –	Zuschlag 2-Bettzimmer - EUR –

**b) Der Abschlag ist aufgrund notwendiger Arzneimittel erforderlich (bitte die Verordnung beilegen)**

Name des Arzneimittels und die Pharmazentralnummer (PZN):	Zu leistende Vorauszahlung - EUR –
---	------------------------------------

**c) Der Abschlag ist aus sonstigem Grund erforderlich**

Grund:	Zu leistende Vorauszahlung - EUR –
--------	------------------------------------

<b>3.</b>	<b>Zahlungsweg</b>
-----------	--------------------

Ich bitte um Überweisung an  mich  das Krankenhaus oder die Rehabilitationseinrichtung  die Apotheke

IBAN	Bankname	BIC
------	----------	-----

Verwendungszweck (z. B. Patientendaten oder die Aufnahme-Nr.)

**Wichtige Hinweise:**

Wenn eine Abschlagszahlung an Dritte erfolgen soll, sind die Angaben zu Nr. 2 a), b) und 3 unten zu bestätigen. Für einen Abschlag aus sonstigen Gründen fügen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis bei.

**Erklärung:**

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

**Erklärung der Apotheke, des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung:  
Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bescheinigt.**

Stempel der Apotheke, des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung, Datum, Unterschrift